

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Sainte-Marie VERRIER

Des Premiers Secours
A DONNER AUX BLESSÉS

COUP D'ŒIL SUR LES ORGANISATIONS EXISTANTES

Président : M. BERGER, professeur

Juges { MM. BUDIN, professeur
DE LAPERSONNE, professeur
DÉMELIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTIEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
Clinique chirurgicale	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANCON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAAQUEZ
DEMEIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

*A celle qui partage mes peines
et mes joies, hommage de
profonde reconnaissance et
de sincère attachement.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE, A MA BELLE-MÈRE

A MON FRÈRE

A MADAME DUSEVEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET,

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

A TOUS CEUX

QUI FURENT MES MAITRES.

A TOUS CEUX QUI SONT MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER,

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153324_0115

DES

Premiers Secours à donner aux Blessés

AVANT-PROPOS

Habitant une localité essentiellement industrielle, nous avons voulu rechercher ce qui avait été fait et ce qui devrait exister pour secourir utilement, et dès les premières minutes qui suivent l'accident, les ouvriers blessés dans leurs travaux.

Tel est le but de ce travail.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de profonde reconnaissance à M. le D^r Moulonguet, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, pour toutes les marques d'intérêt et d'amitié qu'il nous a toujours prodiguées.

Nous prions M. le professeur Paul Berger d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

L'étude des organisations de premiers secours à donner aux blessés se confond, en majeure partie, avec celle de l'organisation des hôpitaux. Nous ne remonterons pas aussi loin, renvoyant sur ce point à l'excellent article de Guérmonprez (1) qui a résumé la question en la mettant au point. Son article est accompagné de nombreuses notes bibliographiques et de renvois explicatifs que consultera avec fruit celui que les points de détails peuvent intéresser.

Avec le chirurgien de Lille, nous dirons seulement que, pendant toute l'antiquité, il n'existe pas de véritable hôpital, au sens que nous attachons aujourd'hui à ce mot.

Au moyen âge, nous rencontrons la première ébauche : les maisons de secours dues la plupart du temps à l'initiative privée (2), tandis que les pouvoirs publics restaient sourds malgré les appels qui leur étaient faits (3).

C'est en 1806 que sont établis les premiers postes de secours pour les noyés et les asphyxiés.

Un règlement du 25 octobre 1840 impose aux bateaux-lavoir l'organisation des postes de secours

1. GUERMONPREZ. « Secours aux blessés. Les phases historiques des postes de secours. » *Bull. Soc. industr. Nord de la France*, 1899.

2. A. FAIDHERBE. *Les médecins et les chirurgiens de Flandre avant 1789*. Th., Lille, 1892.

E. LECLAIR. *Journ. de méd.*, Lille, juillet 1900.

A. BEGUÉ. Th., Paris, 1899.

3. L. LALLEMAND. *La révolution et les pauvres*. Paris, 1898.

auxiliaires car, depuis 1831, toutes les revues militaires importantes en étaient pourvues.

En 1837, une infirmerie destinée aux blessés est construite au Creusot. Depuis cette époque, cette infirmerie s'est transformée en hôpital.

Les chemins de fer, par décret du 15 novembre 1846, ont des postes de secours dans toutes leurs stations et, depuis le 1^{er} juillet 1866, tous les trains de voyageurs en sont pourvus.

L'idée, on le voit, a fait des progrès et, sous le nom de dispensaires, des organisations analogues sont préconisées tant à Paris qu'en province.

A partir de 1881, les pouvoirs publics apprécient la valeur de ces diverses fondations dues à l'initiative privée et les appuient moralement.

Rappelons enfin, dans ce court aperçu historique, que le 30 novembre 1880, M. le Dr Henri Nachtel demandait à l'Académie de médecine de Paris de mettre en pratique le système des ambulances urbaines employé depuis dix ans à New-York. Malgré l'avis favorable de la docte compagnie le projet resta lettre morte.

Néanmoins, les efforts se multipliant, on voit surgir, çà et là, quelques postes de secours, mais, mal secondés, les promoteurs ne peuvent obtenir que des résultats insuffisants ou défectueux.

Pendant un temps, sous l'impulsion de Marcel Beaudoin, les premiers secours aux blessés semblèrent s'organiser, mais tout retomba bientôt dans le silence malgré les récriminations de notre confrère.

Aujourd'hui il n'existe en France aucune maison de secours dépendant de l'Etat. Toutes celles dont nous avons pu avoir connaissance sont dues à l'initiative privée.

En Allemagne les corporations minières ou du travail du bois ont édifié de véritables hôpitaux.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, en accordant au blessé le libre choix du médecin, lui laisse du même coup la liberté de se faire soigner en tel lieu qui lui plaira. Accoutumé d'aller demander secours aux hôpitaux, c'est à cet endroit qu'il se rendra et demeurera s'il doit subir une opération.

C'est à cette raison seule qu'il faut demander compte de l'échec des différentes maisons de secours qui se sont édifiées depuis cinq ou six ans dans le but de soigner les blessés de l'industrie.

Nous clorons là cet historique dont les éléments ont été empruntés à Guérmonprez qui les a d'ailleurs résumés et critiqués dans une nouvelle étude à laquelle nous renvoyons et nous allons examiner ce qui a été fait en France et à l'étranger pour soigner utilement les blessés.

Organisation des secours en France

Une tentative d'ambulances urbaines a été faite à Paris, elle est aujourd'hui entre les mains de l'Assistance publique. On trouvera sa genèse et son fonctionnement expliqué tout au long dans la thèse de Grunberg (1).

Une question se pose ici. Les soins à donner aux blessés dès le premier moment ont-ils toute la valeur que certains leur attribuent. Qu'importe en effet quelques heures de plus ou de moins pourvu que les malades reçoivent des soins. La vie humaine est-elle donc si précaire que l'on doive mettre en branle avec une extrême rapidité tout un appareil en mouvement ?

La réponse à cette question ne souffre pas l'ombre d'une hésitation et tout retard apporté à l'exécution, d'entraver sinon la marche, du moins d'empêcher des conséquences déplorables qui peuvent ultérieurement surgir est un acte en quelque sorte criminel contre lequel on ne saurait trop s'élever.

Voici comment s'exprimait, à ce sujet, M. le pro-

1. J. Grunberg. *De l'organisation des secours aux blessés*. Th. Paris, 1897.

fesseur Terrier, dans la thèse de Grunberg (p. 25) :

« De même qu'on s'est efforcé, et cela encore tout récemment, d'exercer les médecins civils et militaires à la pratique des soins qu'ils avaient à donner aux blessés en temps de guerre, de même il me paraît logique d'exposer ici les soins auxquels *devraient avoir droit* les blessés civils de nos cités.

Si dans la chirurgie de guerre, ces soins sont souvent, vu les circonstances, fort difficiles à prodiguer, et cela malgré le nombre des règlements, rédigés d'ailleurs avec grande minutie, il n'en est plus ainsi dans la chirurgie civile dont la pratique peut s'appuyer d'une façon absolue sur des considérations d'ordre scientifique, considérations qui, pour mon compte, m'ont fait demander, depuis longtemps déjà, de grandes modifications dans l'organisation matérielle des services hospitaliers, modifications qui ont été acceptées en principe par mes collègues des hôpitaux de Paris et sont appliquées dans quelques services favorisés. Je veux parler ici de la distribution des malades et des blessés en des salles spéciales selon qu'ils sont infectés ou non à leur entrée à l'hôpital.

En fait, les soins à donner aux blessés de nos villes sont simples à formuler au point de vue scientifique, le seul auquel je veuille me placer ici. Est-ce à dire qu'il sera facile d'arriver pratiquement à la solution des questions que je veux agiter ? Oh, certes non ! Je suis trop vieux pour m'illusionner à ce sujet. L'administration, je pourrais dire les administrations, les

prérogatives, les habitudes, la routine, toutes ces causes si influentes en tout temps et surtout dans notre pays sont là pour mettre bon ordre à ces velléités d'indépendance, à cet abandon des antiques et respectables pratiques, bien réglementées d'ailleurs, trop réglementées ajouterai-je, car elles ont des effets désastreux que je veux essayer de vous exposer avec la franchise que je mets toujours à défendre la vérité.

I. — J'aborde la première partie de la question que j'ai choisie par l'étude *des soins à donner aux blessés avant leur transport à domicile ou à l'hôpital*.

Que se passe-t-il actuellement ? Une personne est blessée dans la rue, le plus souvent, si surtout la blessure empêche la marche, il s'écoule un certain temps avant qu'on ait trouvé un moyen de transport possible : voiture, brancard ; ou souvent on a recours aux bras des passants.

En tout cas, le but que l'on semble se proposer d'atteindre avant tout, c'est de transporter le blessé chez un pharmacien. Le fait est d'autant plus étrange à signaler que, de par la loi, le pharmacien ne peut rien faire au blessé, que d'ailleurs il est aménagé pour vendre des drogues et non pour soigner des gens, enfin qu'il ne sait pas donner ces soins la plupart du temps, par la bonne raison qu'on ne les lui enseigne pas dans les écoles de pharmacie. Du reste, je le répète, cet enseignement serait absolument illégal. Le pharmacien ne peut donc que faire demander un médecin qui, en supposant qu'il arrive en

temps utile, se trouve lui-même, et j'en ai fait l'expérience, dans les conditions les plus difficiles pour venir en aide au blessé d'une façon efficace, et j'ajouterai non dangereuse, car il lui faut de grands efforts pour éviter l'infection de la moindre lésion des téguments. Donc très souvent on se contente d'une hémostase provisoire et d'un pansement sommaire ou incomplet. La nuit surtout, les pharmacies étant closes, c'est au poste de police que sont transportés les blessés : voyons ce qu'ils y trouvent en fait de secours, car sur la porte existe le plus souvent une plaque avec ces mots : *Secours aux blessés*.

Chaque poste de police est muni d'une boîte de secours nouveau modèle ; en tout cas, c'est au-dessous de tout ce que vous pouvez imaginer. Sur un des flacons contenant de l'acide borique en solution j'ai vu écrit « poison » ; les quelques autres flacons sont à l'avenant ; il n'y a pas d'ouate hydrophile et l'un des gardiens de paix m'a dit naïvement que pour nettoyer le blessé on se servait d'une éponge du poste. Est-ce assez complet ? Sur ce mur il y a une instruction de secours à donner aux blessés. Voici ce que j'y relève : « En cas d'hémorragie il faut arrêter le sang avec le doigt appliqué directement sur la partie qui saigne ; on y substitue de l'amadou (il y en a qui traîne dans la boîte aux pansements), de la charpie (il n'y en a pas heureusement) ou du linge (pas plus de linge) imbibé d'une solution étendue de perchlorure de fer. » Notez que ce sont là les indications officielles de la préfecture de police.

Il est vrai que l'on envoie chercher un médecin pour donner des soins au blessé : et d'abord on ne le trouve souvent qu'avec difficulté, c'est le chef du poste qui me l'a affirmé ; mais en supposant qu'il arrive vite que voulez-vous qu'il fasse avec les éléments dont il dispose dans cette prétendue boîte de secours. Souvent il n'a même pas d'eau filtrée ou bouillie à sa disposition pour faire une solution antiseptique. Si bien que je connais des médecins qui ainsi appelés la nuit ont soin de se munir d'avance d'ouate hydrophile et de solutions antiseptiques qu'ils savent ne pas trouver au poste de police.

Le blessé doit être alors transporté, soit chez lui, soit à l'hôpital, fait plus ordinaire. Quels sont les moyens de transport ? Une voiture de place, où le blessé est toujours plus ou moins mal installé. Un brancard ! Mais souvent il faut le chercher au poste de police, à la mairie..., c'est encore une perte de temps parfois considérable. Puis, je vous prie de jeter un coup d'œil sur les brancards qui aujourd'hui amènent jusque dans les salles de chirurgie les blessés de la voie publique. Pour mon compte, je ne connais rien de plus sale, de plus mal tenu. Et d'ailleurs, je ne parviens pas à obtenir la propreté des brancards de nos hôpitaux ; il est donc facile de s'expliquer la malpropreté des autres. A ces moyens de transport on doit ajouter aujourd'hui un nombre, d'ailleurs assez restreint, de voitures d'ambulances. Mais encore faudrait-il les avoir facilement à sa dis-

position, ce qui n'est pas. Puis, dans les mêmes voitures ont été transportés tantôt des malades aigus ou chroniques, parfois même atteints de maladies contagieuses, tantôt des blessés. Je dois dire du reste que la réglementation de ce service, qui constituait jadis une sorte d'institution particulière et qui aujourd'hui appartient à la ville de Paris, doit être l'objet d'une étude spéciale de la part du Conseil municipal. En fait ce service n'existe pas encore. Que faudrait-il donc créer pour que les blessés soient vite secourus, d'une façon utile et non dangereuse ? Messieurs, il n'y a rien à inventer à cet égard, c'est fait et déjà depuis longtemps. J'ai vu ce service installé et fonctionner, il y a plus de cinq ans, dans les grandes cités américaines ; il existe aussi pour certains quartiers de Londres, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans mon dernier voyage en Angleterre, c'est-à-dire cette année même, je parle du *London Hospital*.

Dans chaque hôpital se trouve une voiture d'ambulance exclusivement destinée au transport des blessés. Cette voiture est prête à partir au premier appel ; le cheval est dans les brancards, il est attelé automatiquement comme cela se passe pour les voitures et les pompes d'incendie. Mais la voiture ne part pas seule ; elle transporte toujours un jeune chirurgien, je dis un *chirurgien* parce qu'il faut en effet un jeune homme ayant déjà une certaine expérience chirurgicale et qui sache tirer le meilleur parti possible du matériel de pansements, d'appareils et de médica-

ments, fatalement restreint que contient la voiture d'ambulance. En Amérique c'est un jeune docteur attaché d'une façon spéciale à ce service de chirurgie des accidents.

Le meilleur type de ces voitures d'ambulance est chose à discuter ; je ne peux le faire ici. De même il est important de déterminer avec soin les matériaux de pansement, les appareils, les médicaments que l'on doit transporter avec la voiture : mais ce sont là des questions de technique que je ne puis traiter en ce moment. Un seul point, toutefois, me paraît devoir être indiqué : c'est que le matériel doit être plutôt antiseptique qu'aseptique. Du fait de la blessure, dès que les téguments sont intéressés, le blessé doit être considéré comme contaminé : d'où l'usage rationnel de l'antisepsie. C'est en fait la chirurgie du champ de bataille qui est indiquée ; or celle-ci ne comporte que l'emploi logique des antiseptiques, parmi lesquels, en première ligne, les solutions de bichlorure, d'acide phénique, d'acide borique et la poudre d'iodoforme.

Un dernier point reste à traiter : c'est le mode de mobilisation de la voiture d'ambulance. Ici il suffit de vous rappeler ce qui existe pour les avertisseurs d'incendie. Tout récemment on a proposé de diviser Paris en un certain nombre de circonscriptions, chacune d'elles répondant à un hôpital déterminé ; il sera donc facile de disposer un poste de secours dans chacun de ces hôpitaux et de mettre les divers points de la circonscription hospitalière en rapport téléphonique ou

télégraphique avec le poste hospitalier. Des communications pourraient être établies avec les postes de police, voire même avec les principales pharmacies pour complaire au besoin atavique du public.

La voiture d'ambulance doit se rendre le plus vite possible au lieu de l'accident ; plus les secours chirurgicaux sont rapidement donnés, plus le blessé a chance d'éviter les complications qui peuvent mettre sa vie en danger ; c'est là un axiome de chirurgie. En Amérique tous les tramways, toutes les voitures doivent s'arrêter ou se déranger pour laisser passer la voiture d'ambulance, seules les voitures du service des incendies peuvent les arrêter. Et à cet égard, je vous dois une remarque bien pratique et bien logique, c'est qu'en cas d'incendie, dans nombre de villes américaines, on prévient en même temps les postes de pompiers et les postes d'ambulance. Que nous sommes loin de cette organisation essentiellement basée sur ce fait scientifique qu'un blessé doit avoir des secours aussi rapides que possible pour diminuer autant qu'on le peut la gravité immédiate et ultérieure de sa blessure. Aujourd'hui que les doctrines pastorienues sont, on peut le dire, acceptées dans toute leur rigueur par les chirurgiens vraiment instruits, cette manière de faire s'impose d'autant plus. Du reste, je puis vous dire que tout ce que je viens de vous raconter paraîtrait bien vieux, bien antique à un citoyen américain, fût-il même des nouvelles cités de l'Ouest. Tout ce système d'avertisseurs électriques et de voitures d'ambulance était

installé dans l'Exposition de Chicago et il y a rendu des services signalés. Pouvons-nous espérer quelque chose d'analogue pour notre future Exposition de 1900 ? Je n'ose résoudre cette question qui devrait l'être depuis longtemps cependant, mais qui paraît médiocrement occuper nos gouvernants. La voiture d'ambulance peut, après que le blessé aura été pansé antiseptiquement, conduire celui-ci à son domicile, c'est là l'exception, le plus souvent elle le conduira à l'hôpital. Dans quelques cas même le chirurgien transporté auprès du blessé peut se contenter de lui faire un petit pansement, la blessure étant insignifiante et la voiture d'ambulance retourne à vide à son poste d'hôpital.

« Une autre remarque, c'est que, si la voiture a dû se rendre vite auprès du blessé, le retour à l'hôpital, surtout en cas de blessure grave doit se faire à une allure bien plus modérée et parfois même au pas ; ceci est l'affaire du chirurgien qui accompagne le blessé et je pourrais vous rappeler ici les observations de malheureux blessés, cahotés dans une voiture ordinaire et arrivant mourants à l'hôpital du fait de ce transport. »

Terrier continue :

« Donc je me résume : le poste d'ambulance pour les blessés de la ville doit se composer :.

1° D'une salle destinée à recevoir les blessés, à les désinfecter, à les changer de vêtements et même à les baigner s'il est possible. Dans cette salle peu-

vent être réduites les luxations simples et les fractures peuvent y être immobilisées par un plâtre;

2° D'une salle où les blessés désinfectés seront endormis s'il y a lieu de leur pratiquer une opération grave et difficile ;

3° D'un amphithéâtre muni de tout ce qu'il faut pour faire les opérations les plus délicates en permettant au chirurgien de les pratiquer selon la méthode qu'il a choisie : antisepsie, asepsie ou méthode mixte.

L'opération faite, le blessé pansé et réveillé, est alors transporté dans le service de chirurgie de l'hôpital et si ce service est divisé en salles d'aseptiques et de septiques, il sera dirigé sur l'une ou l'autre de ces salles selon le pronostic de l'opérateur. Permettez-moi de vous rappeler ici que dans la conception théorique que j'ai formulée d'un service chirurgical, j'ai pensé qu'il serait bon d'avoir des salles d'observation, c'est-à-dire dans lesquelles un blessé, un opéré, sur l'état septique ou aseptique duquel on n'est pas fixé, soit placé pendant quelques jours avant de le classer définitivement dans les salles des septiques ou des aseptiques. Cette manière de faire a été quelque peu critiquée par un certain nombre de chirurgiens qui la considèrent comme une complication et cependant elle me paraît justifiée dans bien des circonstances et je sais qu'elle a été souvent mise à profit par un de mes anciens assistants et collègues des hôpitaux, le Dr Quénu à l'hôpital Cochin.

Comme vous le comprenez, le personnel attaché — nuit et jour — à ce service doit être suffisant et par cette expression j'entends d'abord qu'il soit assez nombreux et surtout assez instruit au point de vue chirurgical. Il doit y avoir un chirurgien de garde prêt à pratiquer ces grandes opérations d'urgence, desquelles dépend la vie des blessés. Dire que ce chirurgien doit demeurer très proche de l'hôpital me paraît une banalité ! Je dirai plus : il doit demeurer à l'hôpital ; c'était ainsi jadis dans les grands hôpitaux de Paris. Du reste un grand hôpital sans un chirurgien résidant me paraît une conception absolument étrange, surtout à l'époque actuelle et étant données nos connaissances scientifiques. C'est là, me dirait-on, une proposition tout à fait révolutionnaire ; mais comme elle me paraît logique je n'hésite pas à la formuler nettement. D'ailleurs dans l'immense majorité des hôpitaux étrangers que j'ai pu visiter, j'ai constaté partout, ou presque partout, la présence d'au moins un chirurgien résidant et quand j'interrogeais mes confrères étrangers à cet égard ils paraissaient absolument étonnés qu'on pût discuter cette question, tant la chose leur semblait rationnelle et nécessaire.

Comme vous le comprenez d'avance, l'existence d'un chirurgien de garde comporte la présence d'un certain nombre d'élèves internes ou externes affectés au service du poste de secours ; j'ajouterai qu'il en faut au moins trois, l'un d'eux dirigeant l'anesthésie s'il y a lieu, les deux autres aidant le chirur-

gien. Ici encore j'insiste sur la nécessité d'avoir des aides absolument chirurgiens, c'est-à-dire bien au courant des précautions à prendre avant, pendant et même après les opérations.

Je n'insiste pas sur le personnel infirmier ; il le faut aussi choisi et surtout dirigé par une surveillante bien au courant des choses de la chirurgie et sachant donner des ordres en conséquence.

Quels avantages peut-on retirer de cette organisation ? Je n'ai pas besoin de vous dire qu'ils sont des plus nombreux, vous le comprenez facilement. Toutefois permettez-moi de les examiner à deux points de vue qui, d'ailleurs, quoi qu'on en ait dit, sont toujours connexes : le point de vue du blessé, celui du chirurgien.

Grâce au système des voitures d'ambulance le blessé reçoit aussitôt que possible les soins urgents, nécessaires, soit que sa vie puisse être compromise de suite du fait du traumatisme, soit qu'il faille à tout prix éviter les complications éloignées qui, pour la plupart, tiennent à la valeur du premier pansement.

Et cela n'est pas seulement appréciable pour le blessé seul mais aussi pour les siens, pour ceux qui en sont en quelque sorte responsables. Je m'explique : de même que dans certains pays les compagnies d'assurances contre l'incendie payent ou subventionnent l'organisation des pompiers, de même les compagnies d'assurances contre les accidents subventionnent les postes de secours pour les bles-

sés. Cette idée vous semble peut-être étrange et cependant elle est tout à fait logique, rationnelle, acceptable.

Grâce à l'arrivée presque immédiate d'un chirurgien auprès du blessé, celui-ci ne recevra pas les soins — dévoués peut-être, mais absurdes — qui consistent par exemple à le couvrir de cataplasmes, d'arnica, ou de perchlorure de fer s'il saigne un peu, et souvent par un pansement mal fait à contaminer une plaie qui aurait pu rester aseptique. Les fractures seront immobilisées ; les luxations simples pourront parfois être réduites de suite, en un mot on évitera bien des souffrances au blessé. Grâce au poste de secours le chirurgien pourra parer de suite aux accidents menaçant directement l'existence du blessé. De plus il le mettra le plus tôt possible dans les meilleures conditions d'asepsie pour guérir avec rapidité et sans complications. Enfin et je termine par cette remarque, importante au point de vue chirurgical, les nombreux accidents qui compromettent primitivement ou secondairement la vie des blessés étant ou combattus presque immédiatement, ou évités par des précautions spéciales il en résultera une amélioration notable dans nos résultats thérapeutiques et dans nos statistiques opératoires. Elles pourront avantageusement soutenir la comparaison avec celles de nos voisins, ce qui, dût-on me traiter de chauvin, présente pour moi une importance réelle et indiscutable.

J'appelle encore toute votre attention sur ce der-

nier point : cette chirurgie des blessés civils, cette chirurgie d'urgence, touche de bien près une autre chirurgie : celle de la guerre. Il serait bien à désirer pour l'enseignement clinique que cette chirurgie fût suivie par la plupart de vous, tous vous aurez à y apprendre beaucoup, et je ne vois pas pourquoi des services d'élèves ne pourraient pas être formés pour apprendre pratiquement cette chirurgie d'urgence à l'instar de ce qui se passe dans l'étude des accouchements. Les services que vous pourrez rendre seraient considérables ; votre instruction n'en serait que plus solide car c'est à l'hôpital surtout qu'elle doit se faire ; enfin vous vous préparerez pour le moment où la France aura besoin de vous pour soigner ses blessés. »

Grunberg passe ensuite en revue l'utilité de l'instantanéité de l'assistance médicale et chirurgicale et la nécessité de la création d'un service complet de secours et à l'appui de son dire il rapporte l'observation suivante (p. 13) :

« Nous fûmes appelé un jour pour un accident dans la rue Secretan ; il était 9 heures du soir ; nous arrivâmes avec l'ambulance dix minutes après l'appel. Un individu avait frappé sa femme de quatre coups de couteau et s'était ensuite sectionné la partie antérieure du cou ; l'hémorragie était abondante quoique les vaisseaux et les organes essentiels n'eussent pas été atteints. A notre arrivée l'entourage nous dit de nous occuper uniquement de la femme, car l'homme était mort. Nous nous rappelons encore

cette femme gisant dans une mare de sang, le mari en travers du lit, la face exsangue et refroidie et ne respirant plus. Malgré la recommandation qui nous était faite, nous nous fîmes, en raison de notre habitude, un devoir d'examiner l'individu déclaré mort. Les battements du poulx avaient cessé ; mais appliquant notre oreille dans la région cardiaque, nous perçûmes à notre grand étonnement des battements très faibles, il est vrai, mais qui n'en existaient pas moins. Cet homme, comme cela arrive généralement après les grandes hémorragies, avait eu tout simplement une syncope. Nous lui fîmes aussitôt des piqûres d'éther et craignant la perte de temps qu'un pansement complet eût exigée, nous ne lui fîmes qu'un pansement provisoire que nous maintenîmes avec nos mains durant le trajet à l'hôpital Saint-Louis. Tout ceci dura à peine cinq minutes. Nous enjoignîmes l'ordre à notre cocher de marcher rapidement et la distance du lieu de l'accident à l'hôpital Saint-Louis étant relativement courte nous fûmes rentré en huit minutes. Nous fîmes alors demander immédiatement l'interne de garde, aujourd'hui le Dr Jayle ; on réchauffa de suite l'individu et pendant que nous retournâmes chercher la femme le Dr Jayle fit préparer une injection de sérum. Lorsqu'on eut administré cette injection au blessé, il revint peu à peu à lui et le lendemain il fut si bien à son aise qu'il demanda à manger. Cet individu que l'on avait cru mort, l'eût été certainement sans l'intervention aussi rapide de l'ambulance. »

Ces faits, remarque Grunberg, sont fréquents dans la pratique des ambulances et à l'appui de son assertion il multiplie ses citations.

L'auteur de cette thèse examine ensuite l'organisation des secours en France, à Paris (pavillons de secours pour noyés, organisation à bord des bateaux-lavoirs, des pontons, etc.). Il donne pour chacune de ces organisations la disposition des bâtiments mis au service du corps médical de même que la composition des boîtes de secours et du matériel qu'on y rencontre. Ses observations sont accompagnées d'une statistique dont les chiffres plaident éloquemment en faveur de la thèse qu'il soutient.

Grunberg examine ensuite les secours dans les fêtes publiques, dans les théâtres, dans les chemins de fer, les sociétés de sauvetage (Société des sauveteurs du dernier adieu, Secouristes français, Société philomatique, Société française de sauvetage, Union vélocipédique de France, Abattoirs de la Villette, Bois de Boulogne, postes divers).

Ce travail qui peut difficilement se résumer est accompagné de nombreux tableaux statistiques portant sur neuf années. Grunberg étudie ensuite l'organisation du Mans et de Bordeaux.

Aux données de cet auteur nous ajouterons celles de Lille si bien décrites par Guermontprez :

« En présence d'un blessé, écrit cet auteur (1), le

1. F. GUERMONPREZ. « Secours aux blessés. Conséquences de la loi du 22 mars 1902. » *Bull. Soc. ind. Nord de la France*, 1902, tiré à part, 1903, p. 8.

premier soin du chirurgien est de prévenir toute complication. Il n'a pas même l'idée de temporiser pendant les jours de carence parce que les plaies les plus minimales en apparence ne sont pas à l'abri des dangers. Ce qui lui importe c'est de s'y prendre hâtivement et de ne négliger aucune garantie contre les surprises ; c'est de ne pas laisser passer le temps favorable, celui des premiers jours ; c'est de sauver la situation le plus tôt possible. »

Cette opinion est partagée par M. Charles Renard qui s'exprime ainsi : « Il y a entre la médecine et l'économie sociale un intime commerce nécessaire à toutes deux : elles s'appuient l'une sur l'autre comme les deux arceaux d'une ogive. C'est un équilibre qu'il s'agit de réaliser pour assurer la coopération des médecins à l'œuvre de la mutualité et particulièrement au traitement des blessés du travail. » (1).

M. Cheysson au Congrès de Paris de 1900 avait émis déjà la même idée en disant : « Il importe de disputer la victime du travail aux dangers de sa situation, de circonscrire les conséquences de son accident, de guérir sa blessure si on le peut et en tout cas de réduire au *minimum* sa déchéance définitive. » (2).

1. CH. RENARD. « De la coopération des médecins à l'œuvre de la mutualité et particulièrement au traitement des blessés du travail. » *Bull. Comité permanent des Congrès internationaux des accidents du travail et des assurances sociales*. Paris, 1902, p. 513-564.

2. E. CHEYSSON. *Rapport au Congrès international des accidents du travail et des assurances sociales*. Paris, 1900.

Telles étaient les grandes idées qui germaient dans l'esprit de tous ceux qui s'intéressaient aux grands traumatismes du travail lorsque fut promulguée la loi du 9 avril 1898.

Est-ce à dire qu'avant cette époque il n'existait en France aucune organisation susceptible de secourir les victimes de l'industrie. En dehors des hôpitaux dont il n'y a pas lieu de parler ici puisqu'il est de notoriété publique qu'ils possèdent toutes les ressources utiles en semblables circonstances, l'initiative privée avait déjà fait quelques tentatives imitant en cela l'industrie allemande.

C'est ainsi qu'à Lille et à Roubaix des maisons de secours s'étaient fondées. Les syndicats patronaux du Nord et des Flandres avaient fait de même.

Les accidents du travail sont-ils donc si importants que nos hôpitaux n'y puissent suffire ?

En France, il n'existe à notre connaissance aucune statistique ; mais en Allemagne où la loi qui protège les travailleurs est en vigueur depuis plus de vingt ans, cette lacune a été comblée.

L'*Office impérial allemand* a publié les chiffres de l'année 1898 et ceux-ci sont fort instructifs (1).

Les accidents y sont, conformément à la loi de ce pays, répartis en deux groupes :

« Les accidents, dit Guérmonprez, dans le travail déjà cité, dont l'incapacité de travail a duré moins de

1. *Bulletin de l'Office du travail*. Paris, mars 1900, pp. 266-273.

treize semaines ont atteint le nombre de 103.159 accidents, tout indemnisés par les caisses-maladies. Le second groupe comprend 96.774 accidents plus graves que ceux du premier groupe et tous indemnisés par l'assurance-accidents. »

Guermonprez établit également à ce propos le pourcentage selon l'échelle de gravité et l'on a :

Mort.	8, 1 0/0
Infirmité totale.	1, 1 0/0
Infirmité partielle.	49, 4 0/0
Incapacité temporaire pour une durée de plus de 13 semaines	41, 4 0/0

« L'importance de ces chiffres, continue le chirurgien de Lille, est augmentée par leur mise en parallèle avec d'autres. Pour que la comparaison soit bonne, on a pris ceux du même pays dans l'une des premières années de l'application de la loi de 1884. On a évité l'année 1885, qui peut être critiquée comme entachée de tâtonnements. En prenant 1886 et en juxtaposant 1898 on a douze années de distance. Dans tous les calculs on a fait le pourcentage en prenant pour base le chiffre de dix mille assurés. L'ensemble des accidents était de 28 0/0 en 1886 ; il est devenu 71, 1 0/0 en 1898. Il est donc triplé. La suite de la statistique montre par où se produit cette énorme augmentation. »

« Le nombre des tués est à peu près stationnaire, 7,7 en 1886 et 6,5 en 1898. Celui des infirmes, totalement infirmes (atteints d'incapacité per-

manente absolue) est curieusement diminué : de 4, 4 o/o en 1886 il est descendu à 0,9 en 1898. Les infirmités partielles ont augmenté dans une proportion inquiétante : de 10 o/o en 1886, elles étaient déjà à 38, 2 o/o en 1893 et 1894 : elles étaient plus que triplées en sept et huit ans. C'est alors qu'on a eu recours à tous les procédés du traitement intensif des blessés ; le résultat a été une diminution du nombre des infirmes de cette catégorie qui est devenue, en 1898, 35,4 pour dix mille assurés. Le nombre des incapacités temporaires n'a pas cessé d'augmenter, même depuis 1894. »

Devant ces chiffres plus éloquents que toutes les paroles possibles, il convient de rechercher les causes d'aggravation des blessures qui bénignes au début deviennent par la suite le point de départ d'une incapacité permanente partielle ou totale alors que la guérison eût dû se faire sans aucun déchet.

La pratique professionnelle apprend bien vite que la négligence ou l'indifférence qui président au traitement de la blessure initiale sont les seuls auteurs responsables des résultats défectueux obtenus.

C'est pour cette raison que le législateur de 1898 exige le certificat médical en même temps que la déclaration de l'accident à la mairie, ce certificat médical étant l'indéniable témoin que le sinistré a consulté quelqu'un ayant les aptitudes nécessaires pour éviter la transformation d'un cas bénin en une catastrophe de première importance.

C'est poussé par le désir de remédier aux consé-

quences funestes et de les prévenir que M. Batteur fondait à Lille en 1885 la maison de secours pour les blessés de l'industrie, donnant gratuitement aux ouvriers blessés les soins médicaux complets et fournitures pharmaceutiques.

Le 1^{er} janvier 1894, c'est-à-dire quatre ans avant la promulgation de la loi, cet établissement avait donné ses soins à près de douze mille blessés de l'industrie dont quatre mille environ de nationalité belge.

Dans une petite brochure publiée en 1894, M. Batteur expose le fonctionnement de cette maison.

Les soins médicaux étaient confiés à un chirurgien assisté d'un adjoint, de deux internes, d'un électricien et d'un masseur. Un oculiste assurait le service ophtalmologique.

Les blessés, grâce à une voiture d'ambulance, étaient transportés dans cette maison.

Les prétentions des fondateurs sont modestes :

« En créant la « Maison de Secours », écrit M. Batteur, on n'a pas eu la prétention de faire une salle d'opérations présentant tous les avantages des salles d'opérations d'un grand hôpital et répondant aux multiples exigences de la chirurgie actuelle. Mais, comme salle de pansements, d'opérations courantes, elle ne laisse rien à désirer et peut être donnée comme modèle. »

« Elle rend facile dans un milieu industriel et chez les blessés d'une propreté souvent plus que relative, une chirurgie réellement antiseptique.

Deux portes s'ouvrent dans la salle de pansements : l'une est en relation par un large couloir avec la salle d'attente réservée aux blessés, l'autre s'ouvre dans un bureau de l'administration.

Les murs de la salle sont unis, peints à l'huile, vernissés et dépourvus de toute ornementation ; leur nettoyage en est ainsi rendu rapide et complet, et grâce à leur coloration blanche on peut répondre de leur grand état de propreté.

Le plancher également peint et vernissé est d'un entretien facile.

Les rideaux et stores sont bannis des fenêtres ; les carreaux en verre dépoli assurent la discrétion tout en évitant ces réceptacles de poussières et de microorganismes condamnés à si juste titre par tous les chirurgiens modernes.

Deux lavabos, l'un à eau froide alimenté par les eaux de la ville, l'autre par un réservoir contenant de la liqueur de Van Swieten que l'on peut porter en quelques secondes à une température de 50 degrés au moyen de l'appareil Robin, permettent, avant l'application de n'importe quel pansement, un lavage complet, rigoureux et antiseptique de la partie blessée. Dans l'angle occupé par les deux lavabos, la muraille est recouverte jusqu'à hauteur d'épaule, de carreaux en porcelaine blanche qu'on peut par conséquent laver à grande eau et à volonté.

A proximité de la main, sur une étagère, sont disposés les différents liquides antiseptiques ainsi que les objets de pansements. Ces derniers sont

renfermés dans des boîtes en bois blanc d'un nettoyage facile.

Deux tables à pansements dont le dessus est constitué exclusivement par une seule plaque en porcelaine blanche garantissent une asepsie absolue. Elles sont facilement tenues dans un état de propreté rigoureux et peuvent même être lavées à l'acide si elles ont été souillées par un liquide, par un exsudat septique. Une table spéciale pour les opérations et pansements de la main et des doigts.

Enfin un meuble spécial vitré, disposé contre la muraille, renferme tous les instruments nécessaires à la pratique de la chirurgie industrielle.

Des internes reçoivent les blessés pendant la durée de la journée de travail ; ils donnent les premiers soins aux uns, renouvellent le pansement aux autres, assurent le massage s'il y a lieu, pratiquent des séances d'électrisation localisée, donnent, en un mot, les soins multiples dont les blessés ont toujours besoin...

.

« Cette organisation qui se base sur les derniers progrès scientifiques établis n'était pas complète, elle a été complétée par une voiture d'ambulance pour le transport des blessés.

« Survient-il un accident grave, chacun sait que la bonne volonté du médecin ne peut suffire, il faut du matériel qu'on improvise trop souvent à la hâte. Les postes de secours disséminés en ville mettent bien

quelques objets à la disposition des blessés, mais les hommes compétents assurent que ce matériel est insuffisant ; il est évident, d'ailleurs, qu'il faudrait un personnel spécial et toujours disponible pour en assurer l'entretien et le bon fonctionnement.

« A la « maison de secours » la multiplicité des accidents maintient toujours le personnel en éveil et le matériel en état.

« Dans un accident grave entraînant une fracture de la colonne vertébrale, des os du bassin, une luxation de la hanche, une fracture de cuisse, il faut coucher immédiatement le blessé.

« L'attitude du décubitus dorsal est indispensable pour éviter les douleurs violentes et les cris incessants du blessé. Il faut conserver cette attitude pendant tout le temps du pénible transport du blessé et cela pour les mêmes motifs. Si on n'y faisait droit, on risquerait des complications irrémédiables, comme une section de la moelle épinière, une section vasculaire conduisant à un anévrisme, une perforation de la peau, une hémorragie grave ou encore une transformation d'une luxation simple en une luxation irréductible.

« Le transport en fiacre est trop souvent responsable de ces complications.

« Le transport par brancard est et a été reconnu souvent défectueux, parfois déplorable. Le blessé n'a pas seulement à souffrir de la lenteur du service et des secousses souvent dangereuses qui lui sont imprimées, mais il est encore livré à toutes les intem-

péries de la saison ; en hiver : au froid, à la neige, à la pluie ; en été ; à la grande chaleur. Dans ce cas en s'arrêtant sur la chaussée pour se reposer les porteurs augmentent ses douleurs et rendent son état plus critique par les réflexions indiscretes et décourageantes des passants attendris, quand il ne l'exposent pas à une mort prématurée.

« En créant un service d'ambulance, on a remédié à ces nombreux inconvénients, en apportant aux ouvriers blessés une sécurité et une garantie avec les secours les plus prompts et les plus complets.

« Cette voiture... est construite de manière que l'intérieur permette une désinfection complète par une vaporisation intensive et des lavages au sublimé. un pulvérisateur est installé à l'intérieur de la voiture.

« Elle renferme un brancard spécial dans lequel le blessé ou malade peut être transporté sans subir aucun mouvement.

« Si le brancard n'est pas nécessaire, une chaise en forme de chaise longue permet le transport assis, ce qu'il est quelquefois utile de faire.

« Deux strapontins permettent d'accompagner le blessé ou malade et de lui donner les soins nécessaires pendant le transport.

« Des liquides antiseptiques et en abondance, à l'état immédiatement disponible, sont dans la voiture.

« Des boîtes de secours contenant le nécessaire

pour faire aussi bien sur les lieux que dans les salles d'opérations.

« Le coffre de la voiture renferme des gouttières et différents appareils pour les fractures.

« Deux téléphones, l'un installé à la « maison de secours », l'autre au domicile du chirurgien en chef et reliés au réseau permettent une communication rapide, de tous les points de la ville et de la banlieue » (1).

Des secours dus à l'initiative privée ont été également organisés à Marseille et voici comment Lop en décrit l'installation (2) :

Qu'arrive-t-il actuellement en cas d'accident ? Un ouvrier vient d'être blessé : il reçoit neuf fois sur dix les soins dévoués mais incompétents de ses collègues ou de toute autre personne non médecin ; il est ensuite transporté dans une pharmacie ; là, les soins qui lui seront donnés, s'il l'étaient par le pharmacien lui-même, pourraient être, dans une certaine mesure, appropriés à son état ; mais, le plus souvent, c'est un élève, c'est un employé quelconque qui est appelé à soigner le blessé. Ainsi secouru, cet ouvrier est transporté à son domicile où il aura à attendre la visite du médecin de la com-

1. E. BATTEUR. *Maison de secours pour les blessés de l'industrie*. Brochure in-16, 4 pages. Lille, chez Liégeois-Six, 1894.

2. LOP. « Le prompt secours et l'hospitalisation particulière consécutive des blessés du travail ». *Rec. spéc. des acc. du trav.* 1906, mars n° 9 p. 457.

pagnie d'assurances, visite qui pourra avoir lieu quelques heures après l'accident si le docteur est avisé à temps. Le plus souvent cette visite n'a lieu que le lendemain. Si le malade est transporté à l'hôpital, à moins de blessures très graves, il est huit fois sur dix refusé après avoir été de l'Hôtel-Dieu à la Conception.

« C'est ce manque de soins qui m'a engagé à combler une lacune en créant mon ambulance.

« L'installation de mon poste de prompts secours est située en plein centre ouvrier et maritime, dans une vaste cour aérée et bien ensoleillée, entre la Direction des ports et les Messageries maritimes, sans autre voisinage. Le poste comprend quatre pièces : une salle d'attente ; une salle pour les blessés de moyenne gravité, pourvue de tout le nécessaire pour les pansements les plus immédiats ; une salle d'opération qui, pour n'être pas luxueuse comme celle des cliniques et des hôpitaux, n'en possède pas moins tout ce qu'il faut pour pratiquer avec sécurité et rapidité toute intervention jugée immédiatement indispensable à l'état du blessé.

« Dans une pièce à part, six lits sont disposés pour y faire séjourner de vingt-quatre à quarante-huit heures le malade dont le transport immédiat serait dangereux.

« Cette installation se complète par une petite pharmacie d'urgence pour reconforter les blessés : caféine, spartéine, strychnine, huile camphrée, sérum artificiel ; ce dernier si immédiatement utile pour les

blessés épuisés par une abondante hémorragie. Dans cette pharmacie se trouve aussi en permanence du sérum antitétanique pulvérisé et sec pour saupoudrer les plaies du blessé qui pourraient avoir été en contact avec les germes du tétanos. Cette complication assez commune chez les blessés du travail et dont l'issue est malheureusement presque toujours fatale peut être évitée, comme on le sait, lorsqu'on applique le sérum à titre préventif, dès l'accident, surtout dans les plaies par écrasement des extrémités (doigts, orteils, membres, organes génitaux) qui sont très tétanifères.

« Enfin deux voiturettes légères, montées sur roues caoutchoutées, sont destinées à aller sur le lieu de l'accident pour y chercher le blessé qui ne peut venir par ses propres moyens au poste.

« La clinique est reliée par le téléphone et à toute heure tout blessé peut être secouru immédiatement sur le lieu même de l'accident par l'un des infirmiers et au poste soit par mes soins, soit par ceux de mes collaborateurs.

« Aussitôt pansé ou opéré, le blessé est dirigé par les soins de mon personnel, soit chez lui, soit dans un établissement hospitalier. Ma mission s'arrête au seuil du poste et le blessé, à moins que son patron n'en fasse la demande, cesse de me regarder ; il appartient désormais, soit au médecin dont il a fait choix, soit à celui de son patron ou de la compagnie d'assurances. »

Organisation des secours à l'étranger

A l'étranger, des postes de secours ont été organisés et Grunberg nous apprend à les connaître en Autriche-Hongrie, en Allemagne, en Angleterre, en Danemark, en Espagne, en Hollande, en Italie, en Russie, en Suède, en Suisse, en Amérique du Nord, en République Argentine.

Le mode d'avertissement est analogue à celui qui sert aux incendies.

Tel était l'état de la question lorsque le Congrès de Liège, tenu en mai 1905, mit, à propos des accidents du travail, la question à l'étude.

Dans ce congrès, Bouvet (1) prétend que beaucoup de complications ultérieures seraient facilement évitées si le blessé recevait dès la première heure des soins entendus.

Pour Querton (2), les organisations actuelles sont insuffisantes : les caisses communales devraient aider et grouper tous leurs efforts pour améliorer la situation.

Il existe, d'après Thisquen (3), peu de chose en

1. BOUVET. Des complications locales évitables des accidents du travail considérés dans leurs rapports avec l'organisation des soins médicaux. *Cong. int. méd. des acc. du travail*. Liège, 1905.

2. QUERTON. Les organisations actuelles (Hôpitaux et polycliniques) répondent-elles aux nécessités du traitement des accidents du travail ? *Cong.*, Liège, 1905.

3. THISQUEN. Description et critique des organisations actuelles au point de vue général de l'inspection du travail. *Cong.*, Liège, 1905.

Belgique et malgré cela le peu qui a été fait donne d'excellents résultats.

Il est à remarquer cependant que tous les efforts dans ce sens sont dus à l'initiative privée.

Thisquen montre dans le tableau suivant quels sont les résultats obtenus :

	Total des établissements visités	Total des usines possédant une boîte de secours	Composition de celles-ci		Entretien		Nombre d'usines sans boîtes	Nombre d'usines où la boîte serait			Nombre d'usines où manquent
			Bonne	Défectueuse	Bon	Défectueux		utile	nécessaire	superflue	
Industrie textile.	249	91	86	5	87	4	157	34	9	114	
id. chimique.	114	63	63	—	63	—	49	5	—	44	
id. verrière.	37	35	35	—	35	—	2	1	—	1	
id. papier.	43	26	25	1	25	1	17	1	3	13	
id. mat. anim. et végétale .	253	52	50	2	50	2	196	8	—	188	
id. alimentaire.	416	96	93	3	93	3	316	43	3	270	
Petite construction mécanique. .	188	40	39	1	40	—	147	13	2	132	
Grosse construction mécanique .	135	83	83	—	83	—	52	3	1	48	
Industrie céramique.	80	36	36	—	36	—	40	6	—	34	
Travail du bois	133	13	13	—	13	—	120	16	16	88	
Industrie du mobilier.	55	1	1	—	1	—	54	4	—	50	
id. du bâtiment	87	36	36	—	36	—	51	19	—	32	
id. vêtements 1 ^{re} catégorie.	26	1	1	—	1	—	25	4	—	21	
id. id. 2 ^e catégorie .	28	2	1	1	1	1	26	4	—	22	
id. d'art.	107	23	21	2	22	1	84	44	3	37	
id. diverses.	107	14	14	—	14	—	93	16	—	77	
	2.058	612	597	15	600	12	1.429	221	37	1.171	
	Total A	29,74 0/0 du total A					Total B 70,26 0/0 du total A	45,40 0/0 du total B	2,50 0/0 du total B	82,50 0/0 du total B	

Gallez.(1) estime qu'il y a lieu de créer une organisation complète avec des aménagements spéciaux tandis que Van Keerberghen (1) et Van Langendonck qui sont également partisans d'une organisation complète avec personnel spécial bien éduqué dans le but poursuivi, appliquent ces données à l'art militaire. Ces auteurs donnent les plans de différents dispensaires créés par de puissantes sociétés industrielles et les modifications qui, en temps de guerre, pourraient subir les wagons ordinaires pour le transport des blessés.

Meyer (2) après une longue étude sur l'organisation des secours dans les grandes villes conclut dans les termes suivants :

« 1° Les premiers secours en cas d'accident doivent être organisés dans les grandes villes avec le concours et la participation des autorités, des médecins, des assurances ouvrières et des associations de secours existantes.

I. GALLEZ. Organisation des premiers secours médicaux en cas d'accident du travail. — Institutions créées ou à créer en vue de la guérison définitive des suites d'accidents. *Congrès de Liège, 1905.*

I. VAN KEERBERGHEN et VAN LANGENDONCK. Les premiers soins médicaux en cas d'accidents du travail. — Institutions créées ou à créer en vue de la guérison définitive des suites d'accidents. *Congrès de Liège, 1905.*

GEORGES MEYER. Ueber die Organisation des Rettungswesens in Grosstädten. *Congr., Liège, 1905.*

« 2° Le mieux est de réunir toutes les institutions en une seule société (Société libre de secours).

« 3° Il faut tendre à obtenir des communes des subsides permettant une organisation convenable.

« 4° Le meilleur système d'organisation des secours est celui qui s'appuie sur les institutions existantes. Parmi celles-ci on aura surtout en vue les établissements publics et privés, hôpitaux, postes de pompiers, etc. On y installera dans des locaux séparés des postes de secours. Si cette manière de faire n'est pas réalisable, il faut organiser des postes de secours autonomes, installés conformément aux principes de la science moderne.

« 5° Les soins dans ces postes ne doivent jamais être subordonnés au paiement d'une rétribution, mais le principe est que les soins gratuits ne peuvent être donnés qu'aux indigents.

« 6° On tiendra compte dans les installations de secours du nombre d'habitants, de l'importance de l'industrie et de la circulation, des particularités géographiques, etc., de la localité.

« 7° L'organisation du transport des malades doit marcher la main dans la main avec celle des secours.

« 8° Il faut créer des avertisseurs pour le cas d'accident et de maladie subite ; le fonctionnement de ce service doit être irréprochable ; de même que tous les avertisseurs aboutissent à un poste central en relation téléphonique avec tous les postes de secours. »

Düms de Leipzig s'exprime ainsi (1) :

« 1° L'organisation moderne des secours constitue une branche du service de sécurité publique.

« 2° Bien que fondée sur la générosité privée, elle ne peut remplir son rôle qu'à si elle est subsidiée par l'Etat ou les communes.

« 3° En réunissant par pays les différentes sociétés, et les organismes qui poursuivent cette mission on rend possible l'échange de l'expérience faite par chacun et par conséquent on augmente l'utilité et on affermit les principes fondamentaux de l'Œuvre des Samaritains (Société de secours spéciale à l'Allemagne).

« 4° Une autre utilité d'un comité central tel que la Fédération allemande des Samaritains l'a créée, consiste dans la création d'un matériel approprié, fruit de l'expérience et de la compétence de chacun.

« 5° Les personnes naturellement compétentes pour les questions relatives aux Samaritains et aux secours sont les médecins.

« 6° Il est urgent d'améliorer l'organisation du transport des malades à la campagne. Les Sociétés de Samaritains et les organismes analogues peuvent rendre à ce point de vue de grands services.

« 7° Les installations de secours des grandes villes doivent, en ce qui concerne les deux grands services qu'elles comportent (postes de santé et moyens de transports pour les blessés), être proportionnées aux besoins que créent le nombre et la situation des

1. Düms (Leipzig). Die Organisation der ersten Hilfe bei Unglücksfällen. *Cong., Liège, 1905.*

hôpitaux, la circulation, l'industrie la densité de la population, les moyens de transport déjà existants.

« 8° Il faut s'efforcer, en vue de créer des bases certaines, d'unifier autant que possible les classifications qui servent de bases aux statistiques des sociétés de secours et de corporations. »

A Berlin, des postes de secours ont donné des soins nombreux. Voici les chiffres rapportés par Ernst Joseph (1) :

*Tableau des blessures traitées de 1900 à 1903
dans les postes de secours aux blessés
du travail.*

	1900	1901	1902	1903
Plaies.....	16.393	24.350	26.393	25.837
Contusions.....	2.877	3.735	3.862	3.423
Entorses	1.659	1.534	1.526	1.353
Brûlures	705	1.079	992	1.014
Gelures	2	13	10	21
Fractures.....				
Nombre total.....	2.127	2.155	2.193	2.123
Nombre de cas compliqués.	539	508	438	199
Luxations.....				
Nombre total.....	535	427	453	472
Nombre de cas compliqués.	3	22	23	12
Plaies pénétrantes de l'une des grandes cavités du corps	14	12	8	6
Lésions des organes des sens	471	864	724	732
Corps étrangers.....	2.024	4.300	4.552	5.038
Autres blessures graves, telles que par exemple l'arrachement d'un membre.....	109	88	86	75
	26.716	38.555	40.799	40.114

1. ERNST JOSEPH. Die Bedeutung chirurgischer Verbandstættten für Heilungunfallverletzter. *Cong., Liège, 1905.*

*Statistique des accidents dans une caisse corporative de Berlin
depuis la fondation de ces postes*

Années	1892	1893	1894	1895	1896	1897
a) Nombre des ouvriers.	19.112	19.544	19.850	20.200	22.700	24.950
b) Accidents déclarés ..	1.811	2.338	2.673	2.977	3.307	3.656
c) { Accidents indemni-						
sés.....	337	340	249	245	226	248
d) { Accidents indemnisés						
par 1000 ouvriers..	17,63	17,40	12,54	12,13	9,96	9,94
e) { Accidents déclarés						
par 1000 ouvriers..	94,76	119,63	129,54	147,38	145,68	148,25

Années	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904
a	26.500	29.100	29.900	31.000	32.500	33.500	34.500
b	3.908	4.436	4.736	5.067	4.586	4.906	5.241
c	237	259	259	278	319	323	309
d	8,94	8,90	8,66	8,97	9,81	9,64	8,95
e	147,51	152,44	158,39	163,45	141,11	144,29	152,17

Les résultats obtenus sont, on le voit, des plus merveilleux et confirment bien cette pensée de Billroth et d'Esmarch que tout dépend en matière d'accidents des premiers soins donnés.

Enfin Berthold Kleift (1) a, dans une brochure publiée en 1900 à propos de l'exposition universelle de Paris, reproduit une série de constructions qui représentent iconographiquement les maisons de secours créées par l'assurance ouvrière allemande.

1. BERTHOLD KLEIFT. *Documents sur le premier secours à la campagne organisé par la « Croix Rouge » liée avec l' « Assurance ouvrière », en Allemagne.*

Bordoni-Uffreduzzi (1) nous apprend que Milan est divisée en cinq zones qui sont pourvues de postes de deux ordres :

1° Ceux du premier ordre qui ont :

a) Un personnel sanitaire suffisant pour la garde permanente diurne et nocturne et qui est instruit spécialement pour ce qui se rapporte aux traumatismes ;

b) Des locaux pour les pansements et les médicaments, les opérations, etc., qui sont pourvus de tous les instruments de chirurgie nécessaires.

c) De petites infirmeries d'au moins trois lits pour les cas où les malades ne seraient pas transportables pour le moment ;

d) D'une voiture d'ambulance et le personnel nécessaire pour le transport des malades.

2° Les postes de deuxième ordre sont ceux qui sont pourvus :

a) D'une voiture d'ambulance et d'un personnel suffisant au courant du transport des blessés et les premiers soins à donner aux malades ;

b) Du matériel nécessaire pour les premiers secours et les pansements et traitements les plus urgents.

Tous sont reliés entre eux par téléphone.

1. BORDONI-UFFREDUZZI. Organisation du service pour les premiers secours médicaux en cas d'accidents à Milan. Premiers résultats statistiques. *Congrès de Liège*, 1905.

Ce service qui a commencé à fonctionner en 1903 a donné les résultats suivants :

En 1903	Suicides	Accidents du travail	Autres malheurs accidentels	Evanouissements Apoplexies	Totaux
Postes de 1 ^{er} ordre...	168	10.071	8.165	385	18.789
Postes de 2 ^e ordre...	75	1.284	2.362	996	4.717
Service obstétrique et gynécologique....	—	—	—	—	1.508
				Total....	25.014
En 1904					
Postes de 1 ^{er} ordre...	228	11.275	10.385	619	22.507
Postes de 2 ^e ordre...	70	1.671	2.864	1.368	5.972
Service obstétrique et gynécologique....	—	—	—	—	1.489
				Total....	29.968

Ce serait un tort de croire que la sollicitude des organisateurs de premiers secours se soit uniquement portée sur les accidents qui peuvent survenir dans les villes, en plein soleil.

Dans les pays de mines, les compagnies ont organisé sous terre au fond des puits même des postes que Roque (1) nous décrit ainsi (p. 56) :

« La mine de Herne (Compagnie Shamrock), auprès de Bochum, nous offrira le modèle d'une installation

1. L. ROQUES. *La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne*. Th., Paris, 1901.

qu'il est désirable de voir reproduire dans un grand nombre d'usines. Bien souvent quand un accident survient, toute la bonne volonté que l'on rassemble au service du blessé ne compense pas l'insuffisance des moyens dont on dispose. Tout le monde est d'accord sur l'importance des premiers soins : encore faut-il les assurer. Or, le matériel de pansement, les boîtes de secours laissent parfois à désirer ; parfois aussi il ne se trouve, dans l'entourage de la victime, que des personnes très peu au fait des mesures à prendre en attendant l'arrivée d'un homme de l'art. Combien de fois enfin on ne dispose d'aucun local où un pansement puisse être fait commodément et proprement. On porte l'ouvrier blessé là où on peut faire à la hâte un peu de place, dans quelque coin moins encombré de l'usine, dans un bureau ; on le dépose à terre, ou sur une table incommode ; il est en contact avec un sol ou des objets souillés ; sa plaie court tous les risques de s'infecter. Quand le médecin arrive, rien n'est à portée : une cuvette est sur une chaise, une autre par terre, la gaze du pansement traîne sur une table malpropre ; le médecin et ses aides ne sont pas libres dans leurs mouvements, ils sont contraints à des attitudes gênantes ; le blessé ne saurait bénéficier de toutes les mauvaises conditions.

Toutes ces lacunes sont comblées à Herne. Dans les galeries même de la mine, à des places déterminées sont disposés les premiers éléments de secours, rassemblant ce qu'il faut non pour un pansement,

lequel ne peut et ne doit pas être fait là, mais pour l'appareil le plus urgent assurant une bonne immobilisation du blessé, et pour son transport hors de la mine. Dans un coffre se trouve tout d'abord une boîte cylindrique en fer battu, d'un diamètre de 13 centimètres et d'une longueur de 45 centimètres : elle renferme les objets suivants :

2	attelles en bois de 20 cm. de long	} sur	} bras		
2	— 40 —			5 cm.	avant-bras
2	— 45 —				

4 bandes de gaze de 5 m. de long sur 10 cm. de large.

4 bandes de gaze de 5 m. de long sur 5 cm. de large.

100 grammes ouate à pansement.

Une bonne fermeture, avec interposition d'une lame de feutre, met ces objets à l'abri de l'air et de la poussière. Cette boîte est accompagnée d'une épaisse couverture de laine et d'une natte carrée pouvant être utilisée comme attelle. Un brancard complète ce véritable petit poste de secours souterrain : il est construit de manière à permettre le transport des blessés dans toutes les positions : il peut glisser sur les rails de la galerie, être porté à bras ou hissé verticalement : le patient est solidement maintenu par des courroies et par une forte toile l'enfermant comme dans un sac où il ne peut bouger.

Ce poste de secours revient dans son ensemble à 49 marks. Brancard 26 marks ; coffre 10 marks ; couverture 7 m. 50 ; natte 0 m. 50 ; boîte 5 mks. (contenant 2 mks., contenu 3 mks.).

« Nous avons pu voir également à la mine de Eickel, dans le même district (dit-il, p. 60) un pavillon analogue, encore mieux compris : la salle de bain est indépendante et pourvue de plusieurs baignoires pour les cas de brûlures (coups de grisou) ; une salle est réservée au dépôt des cadavres ; dans une autre sont rangés et prêts à servir divers appareils de sauvetage parmi lesquels, en grand nombre, des sacs de caoutchouc pour la respiration d'oxygène ; on les remplit au moment du besoin à l'aide d'une réserve contenue dans des récipients métalliques.

Ce qui complète, en lui donnant toute son efficacité, cette excellente installation c'est l'existence d'une équipe d'ouvriers possédant les notions nécessaires pour secourir utilement les blessés ; ils forment une colonne de secours instruite par des exercices pratiques et bien entraînée.

A Herne, cette colonne, fondée en 1893, est composée de trente à quarante membres volontaires, nombre toujours dépassé par celui des ouvriers qui sollicitent d'en faire partie. Ils sont dirigés et exercés, avec le contrôle de l'autorité médicale, par un ancien sergent infirmier sorti de l'armée, très expérimenté qui s'acquitte de cette tâche avec beaucoup de zèle. « L'administration, dit le journal *Gluckauf*, auquel nous empruntons ces renseignements (1^{er} janvier 1899) n'a pris part qu'à la fondation de la colonne et s'abstient à dessein d'empiéter sur ses fonctions par des avis ou des prescriptions quelconques, pour lui laisser toute sa libre initiative : ceci témoigne de la vita-

lité et de la prospérité d'une telle institution. » Ce sont les membres de cette colonne qui, dans la mine, appliquent le premier appareil, remontent le blessé avec toutes les précautions voulues et aident au pansement consécutif. « L'entretien d'une semblable colonne de secours dans une mine, conclut le même article, n'est pas aussi inutile qu'on pourrait le penser : pendant les trois années 1896, 1897 et 1898, les membres de celle de Herne sont descendus deux cents fois dans la mine pour secourir et transporter des blessés. Dans bien des cas, il est vrai, il ne s'agit que de blessures légères (plaies des doigts, écorchures, hémorragies peu importantes, etc.) ; mais même dans ces blessures insignifiantes une intervention rapide et efficace n'est pas moins utile au travail et au travailleur, en rendant le plus souvent tout chômage superflu. La part prise par la colonne au traitement de toutes les personnes blessées dans la mine s'accroît d'année en année. »

L'hôpital de Bergmansheil est en relations téléphoniques avec les différentes ambulances d'usine : dans un accident de quelque importance un médecin assistant peut être rapidement transporté au lieu voulu. Le personnel hospitalier, avisé de l'arrivée du blessé, prend toutes les dispositions que le cas nécessite. Il y a dans une semblable organisation tous les éléments requis par un traitement complet et aussi parfait que possible : le blessé pris à la minute même de l'accident, pansé, transporté dans les meilleures conditions, passe pour ainsi dire sans transition de l'usine à

l'hôpital, un hôpital créé pour lui où il bénéficiera d'une thérapeutique spéciale et particulièrement attentive.

*
* *

Il ne suffit pas que les premiers secours soient donnés au blessé, il faut encore que les soins lui soient continués.

En France, si le sinistré n'est pas soigné à son domicile, c'est à l'hôpital qu'il faut avoir recours. En Allemagne il existe des hôpitaux spéciaux créés et entretenus avec les deniers des industriels. Ce sont les hôpitaux corporatifs sur lesquels nous allons à présent jeter un rapide coup d'œil.

Hôpitaux corporatifs allemands

Les hôpitaux corporatifs allemands ont été très bien étudiés et décrits dans deux mémoires récents dus à L. Roques (1) et à Guermontprez (2).

Avant d'entrer dans quelques aperçus sur ces établissements il est utile de savoir qu'en Allemagne toutes les professions similaires se sont groupées

1. L. ROQUES. *La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne*. Th., Paris, 1901.

2. F. GUERMONTPREZ. « Secours aux blessés. Les hôpitaux corporatifs allemands. » *Bull. soc. indust. du Nord de la France*, 1903.

dans un but commun : celui de la défense professionnelle.

« En accordant une indemnité aux ouvriers victimes d'un accident du travail, dit M. P. Reille (1) la loi allemande du 4 juillet 1884 institua pour le paiement de cette indemnité, sous la forme d'une rente mensuelle, un système de corporation *Berufsgenossenschaften*. Ce sont des associations réunissant dans un même groupement les industries similaires. La corporation de l'industrie du bois comprend les scieries, menuiseries, l'ébénisterie, le découpage du bois, le polissage, etc. ; et accessoirement le travail de l'os et de l'ivoire. La corporation de la mécanique de précision groupe la quincaillerie fine, la serrurerie de précision, l'horlogerie, la construction, des instruments de précision, des appareils de laboratoire, etc. Chaque corporation constitue une compagnie d'assurance, une société mutuelle qui répartit annuellement entre ses membres les charges de l'année écoulée. Les unes s'étendent à tout l'empire, les autres sont limitées à des circonscriptions territoriales. Ainsi la corporation minière comprend les exploitations de l'industrie minérale répartie sur tout le territoire de l'empire. Par contre, pour l'industrie textile, il a été institué sept corporations distinctes se rapportant chacune à une circonscription déterminée. Parmi ces corporations, les plus importantes se sub-

1. P. REILLE. *Ann. hyg. publ. et méd. légale*, 3^e série, t. XLVI, Paris, juillet 1901, p. 70.

divisent en sections locales : c'est ainsi que dans la corporation minière on compte huit sections auxquelles correspondent huit districts d'une étendue assez inégale. »

« Cette conception, dit Guérmonprez (p. 8), à ce propos, est exacte mais très incomplète. Les corporations allemandes sont beaucoup plus que de simples sociétés d'assurances. »

Les accidents sont aussi nombreux en Allemagne qu'en France et les charges supportées de ce fait sont considérables.

C'est dans un but d'économie que les industries germaniques ont fondé leurs hôpitaux corporatifs.

Remarquons cependant que la porte de ces établissements spéciaux ne s'ouvre pas seulement devant les blessés d'une industrie particulière. Ceux des corporations moins riches et moins nombreuses peuvent également y être admis d'après les tarifs fixés à l'avance.

A côté de ces hôpitaux corporatifs il en existe d'autres fondés par des médecins spécialisés dans la médecine des accidents du travail. Nous aurons l'occasion d'en parler plus loin.

L. Roques n'a décrit dans sa thèse que trois établissements : deux appartiennent à l'industrie minière, celui de Bergmannstrost (à Halle-sur-Salle, en Saxe) et celui de Bergmansheil, à Bochum (Westphalie); le troisième situé à Neu-Rahnsdorf (Prusse), près de Berlin appartient à l'industrie du bois.

Nous n'entrerons pas dans le détail de construction de ces établissements.

Guermonprez dans l'étude qu'il a faite sur les hôpitaux corporatifs donne la genèse de leur construction, le prix de revient du terrain, ses dimensions, les plans des constructions, les détails concernant chacune d'elles.

Nous résumerons la question en disant : A Bergmansheil de même qu'à Bergmannstrost le comité chargé de la construction a tout mis en œuvre pour donner aux blessés une quantité d'air aussi grande et aussi pure que possible. Les corridors sont spacieux, les salles larges pourvues du dernier confort sont cependant soumises à toutes les exigences de la chirurgie. Pas d'ornements, pas de rideaux, pas de moulures. Des murs peints en blanc. Des parquets de ciment et enfin un outillage chirurgical des plus compliqués. Rien n'y manque. A ces différents services chirurgicaux sont adjoints des services auxiliaires : bains, massages, mécanothérapie, laboratoires, bibliothèque, électricité, etc.

Ce que nous venons de dire pour les deux stations westphalienne et saxonne peut également s'appliquer à la station prussienne de Neu-Rahnsdorf qui diffère de ses congénères par un luxe moins considérable : nous n'avons plus sous les yeux les immenses bâtiments à deux étages dont nous avons parlé plus haut, nous sommes en face d'une construction d'apparence très simple.

« Tous ces bâtiments, dit Guermonprez, sont construits en briques, sans aucun ornement véritable. C'est à peine si quelques détails disposent quelques

rangées de briques en festons sur un pignon ou deux et sur le rebord d'un toit pour atténuer un aspect trop simple et rompre sa monotonie. Il n'y a d'étage qu'au pavillon des services centraux : tout le reste est un modeste rez-de-chaussée auquel on accède de plein pied, circonstance avantageuse pour les blessés qui marchent péniblement, mais qui ajoute une privation aux dépens de l'aspect décoratif dont il est si difficile de se défendre quand on négocie une construction.

« Quand on circule de l'un à l'autre des pavillons on rencontre chemin faisant des arbustes, des corbeilles et même de réelles pelouses qu'on parvient à rendre presque prospères, malgré l'aridité du sol sablonneux si ingrat du Brandebourg ; on en juge sans peine dès la moindre promenade à travers les allées de l'agglomération de Neu-Rahnsdorf. C'est le seul accessoire de l'hôpital ; et il est tellement modeste qu'il contraste avec l'ampleur et le luxe des autres hôpitaux corporatifs.

« On ne peut se défendre de remarquer la comparaison des Saxons qui sont traités en bourgeois à Bergmanstrost, des Westphaliens qui ne manquent de rien à Bergmansheil et des Prussiens qui se contentent de si peu à Neu-Rahnsdorf : c'est cependant la conséquence des habitudes antérieures de chacun.

Là, comme partout, il faut tenir compte des conditions antérieurement acquises dans le milieu qu'on ne prétend pas modifier. »

A Neu-Rahnsdorf de même qu'en Saxe, en West-

phalie, la mécano-thérapie, véritable base du traitement intensif, est considérablement développée. Tous les appareils du système Zeuder s'y rencontrent (1).

« On a établi, dit Roques (2) (p. 49) cinq modèles de machines à travailler le bois ; une scie circulaire, une scie à bande, une machine à tenons et à mortaises, une machine à planer et un banc à fraiser. Prenons pour exemple la scie circulaire ; au lieu de lame est disposé un disque de bois sans dents qui reçoit par une transmission un mouvement très lent. On a évité tout danger de blessure par suite de quelque fausse manœuvre. Le patient pousse contre cette fausse lame une planche où le trajet de la scie est déjà pratiqué à l'avance et disposé de telle sorte que grâce à un système de poids et de poulies qu'il doit surmonter dans cette action une résistance variable et toujours un peu plus forte que celle du véritable sciage. Les autres machines sont établies d'une manière analogue dont il est inutile de donner la description. »

« Ces appareils remplissent un but multiple.

« 1° Le blessé ayant perdu par une longue cessation de travail l'habitude de son métier peut retrouver par cet exercice le coup de main nécessaire. Une

1. GUERMONPREZ. « Hôpitaux corporatifs allemands ». *Bull. Soc. industr. Nord de la France*, 1903, p. 135.

2. L. ROQUES. *La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne*. Th., Paris, 1901.

fois que le traitement mécanique systématique a rendu la motilité à chaque articulation et la vigueur à chaque groupe de muscles, le patient restaure ici les mouvements associés, les actions musculaires synergiques dont sa profession exige le libre jeu ;

« 2° En supposant que les conséquences du traumatisme soient si mauvaises que la gêne de certaines articulations rende le travail à la scie circulaire impossible à première vue, le blessé peut, avec de la bonne volonté, s'exercer à cet appareil à faire le travail accoutumé en mettant progressivement en jeu d'autres articulations suppléantes aidées de certains mouvements du tronc.

« 3 Ces appareils facilitent les expertises médico-légales. Soit un blessé conservant, à la suite d'une fracture, une perte de la mobilité du coude ; le médecin doit dans son certificat en fournir le détail, il doit donner aux experts techniques une appréciation précise du degré de raideur, en mesurant l'angle réduit d'ouverture ou de fermeture de l'articulation, tel qu'ils peuvent l'observer sur le membre nu. Mais l'expert le plus éclairé, avec toute l'expérience possible du travail à la scie peut difficilement établir d'après ses souvenirs ou en essayant de se le représenter, le rapport de l'angle d'ouverture du coude avec la possibilité plus ou moins grande du travail. Un essai improvisé, consistant à faire pousser au patient quelque objet sur une table, n'offre pas une grande rigueur. Mais toutes ces difficultés sont aplanies, quand l'épreuve est faite avec le modèle

ci-dessus décrit, sous un contrôle médical et technique. »

« Outre ces appareils spéciaux, la même salle renferme ce qui est nécessaire à quelques travaux faciles auxquels peuvent se livrer ceux des convalescents qui atteignent la fin de leur traitement (menuiserie légère, vannerie, sculpture sur bois) ; c'est encore un moyen d'habituer les blessés à la reprise du travail, tout en leur procurant, à l'hôpital même, l'occasion de quelque gain ; c'est aussi très utile aux expertises. »

Guermonprez (*loc. cit.*, p. 147) et avec lui Boyer (1) ont reproduit ces lignes de Roques. V. Thébault (2) prétend qu'il y a là une erreur de la part de ces auteurs, ces systèmes de traitement n'existant pas :

« Guermonprez, dit-il, a dû être induit en erreur en écrivant le voyage qu'il fit en Allemagne dans le but d'étudier l'hospitalisation des blessés du travail. Dans son ouvrage, extrêmement documenté, je n'ai trouvé nulle part qu'à Bergmansheil ou qu'à Bergmanstroost, qu'à Bonn ou qu'à Cottbus, semblable organisation pût exister.

« Cette lacune dans tous les autres hôpitaux allemands m'avait frappé lors de la lecture du mémoire de Guermonprez. Je profitai de ce que le Congrès

1. Boyer. *La consolidation dans les accidents du travail*. Th., Paris, 1903.

2. V. Thébault. « De la consolidation chez les accidentés du travail. » *Arch. gén. méd.*, Paris, janvier 1906.

des accidents du travail tenu à Liège en mai 1905 me rapprochait de quelques confrères allemands pour leur en demander l'explication. Ce n'est pas sans tristesse que je les vis sourire à ma question.

« Les D^{rs} Liniger, de Bonn, Vulpius, d'Heidelberg, Thiem de Cottbus « ce père de la médecine des accidents du travail », comme on l'appelle en Allemagne, m'affirmèrent que rien de tout cela n'existait.

« Sur la foi de Roques, Guermonprez a dû reproduire ces lignes que leur auteur avait sans doute écrites par erreur.

« Ce n'est qu'en Allemagne, à Neu-Rahnsdorf même, que j'en eus l'explication.

« A l'époque où Roques a écrit son mémoire, une semblable organisation avait été tentée mais les « sans-travail », sur lesquels Guermonprez a attiré l'attention, firent tant et si bien que les ouvriers eux-mêmes se soumirent de mauvaise grâce à ces procédés thérapeutiques. L'administration hospitalière n'en retirant aucun résultat appréciable comparativement à l'emploi des appareils Zeuder dut abandonner cette façon de faire.

« J'ai visité Bergmansheil, Bergmanstroost, Neu-Rahnsdorf, l'institut de Thiem, à Cottbus, et nulle part je n'ai vu ces appareils professionnels.

« Il y a là une erreur qu'il faut détruire, que trop d'auteurs ont déjà répandue sur la foi surprise de ceux qui y sont tombés.

« Remy prétend que cette installation fait effectivement défaut à Neu-Rahnsdorf mais existe dans

Berlin. (1) Je crains qu'il n'y ait là une nouvelle erreur. Lors de mon passage à Neu-Rahnsdorf, où je fus accueilli avec une hospitalité pour laquelle je tiens à remercier publiquement mes confrères allemands, j'ai longuement interrogé le docteur qui me servait de guide dans la maison. J'ai précisément insisté pour savoir si cette organisation absente à Neu-Rahnsdorf n'existait pas ailleurs. Il me fut répondu négativement. On m'apprit également que quelques hôpitaux corporatifs avaient tenté quelque chose d'analogue qu'on avait dû abandonner dans la suite à cause du peu d'obéissance des malades à se soumettre à ce genre de traitement. »

1. Ch. Remy. *Recueil spécial des accidents du travail*, 1905.
(Compte rendu du Congrès de Liège).

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de l'étude que nous nous sommes proposé, nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu de créer dans tous les grands centres industriels (villes, usines, fabriques, mines, etc.) des postes de premiers secours pourvus du matériel de transport, du matériel chirurgical et du personnel désirable pour faire aussitôt après l'accident un pansement duquel dépend bien souvent, suivant Billroth et Esmarch, l'avenir de la blessure.

2° Ces postes de premiers secours devraient tirer leurs subsides soit des deniers des grandes industries, soit des pouvoirs publics et l'association de ces deux facteurs doit même être envisagée favorablement.

3° Des services hospitaliers calqués sur ce qui existe en Allemagne ne pourraient que donner de bons résultats en ce qui concerne les accidents du travail.

Vu : le Président de la thèse :

DEBOVE

Vu : le Doyen,
BERGER

Vu et permis d'imprimer
le Vice-Recteur de l'Académie

LIARD